

特別児童扶養手当認定診断書

(腎、肝疾患、糖尿病の障害用)

(ふりがな)氏名		昭和 平成 年 月 日生 ( 歳 )		男・女	
住所		住所地の郵便番号 ( )		郡市区 町区 村	
① 障害の原因となった傷病名		② 傷病の発生年月日		昭和 平成 年 月 日 診療録で確認本人の申立て	
		③ ①のため初めて医師の診断を受けた日		昭和 平成 年 月 日 診療録で確認本人の申立て	
④ 傷病の原因又は誘因		⑤ 既存障害		⑥ 既往歴	
⑦ 傷病が治った(症状が固定して治療の効果が期待できない状態を含む。)かどうか。		傷病が治っている場合 ----- 治った日 平成 年 月 日 (推定・確認)			
		傷病が治っていない場合 ----- 症状のよくなる見込 有・無・不明			
⑧ 診断書作成医療機関における初診時所見 初診年月日 (昭和・平成 年 月 日)					
⑨ 現在までの治療の内容、期間、経過、その他参考となる事項		診療回数		年間 回、月平均 回	
		手術名 ( )		手術年月日 ( 年 月 日 )	
		手術歴			
⑩ 計測 (平成 年 月 日計測)		身長 cm		血 最大 mmHg	
		体重 kg		降圧薬服用 無・有	
		脈 拍 回/分		血 最小 mmHg	
⑪ 一般状態区分表 (平成 年 月 日) (該当するもの選んでどれか一つを○で囲んでください。但し、乳幼児では、掲げた内容に相当すると考えられる状態とする。)					
I 無症状で社会活動ができ、制限を受けることなく、発病前と同等にふるまえるもの					
II 軽度の症状があり、強い運動は制限を受けるが、歩行、軽い運動や座業はできるもの					
III 歩行や身のまわりのことはできるが、時に少し介助のいることもあり、軽い運動はできないが、日中の50%以上は起居しているもの					
IV 身のまわりのある程度のことではできるが、しばしば介助がおり、日中の50%以上は就床しており、自力では屋外への外出等がほぼ不可能となったもの					
V 身のまわりのこともできず、常に介助がおり、終日就床を必要としており、活動の範囲がおおむねベット周辺に限られるもの					
障 害 の 状 態					
⑫ 腎 疾 患 (平成 年 月 日現症) (腎性網膜症又は糖尿病を合併する例では、糖尿病(⑬)の欄にも、必要事項を記入してください。)					
1 臨床所見			(3) 検査成績 (記入上の注意を参照)		
(1) 自覚症状 悪 心 (無・有・著) 食 欲 不 振 (無・有・著) 頭 痛 (無・有・著) 意 識 障 害 (無・有・著)		(2) 他覚所見 浮 腫 (無・有・著) 腎不全に基づく 神 經 症 状 (無・有) 消 化 器 症 状 (無・有) 視 力 障 害 (無・有)		検査日	
2 腎バイオプシー 無・有(所見 )		3 人工透析療法 (1)人工透析療法の実施の有無 無・有(CAPD血液透析) (2)人工透析開始日 (平成 年 月 日) (3)人工透析実施状況 回数 回/週、1回 時間 (4)人工透析導入後の臨床経過 (5)長期透析による合併症 無・有(その所見 )		検査項目	
				尿蛋白一日量 g/日	
				尿蛋白	
				赤血球	
				尿沈渣 白血球	
				円柱	
				赤血球数 $\times 10^4/\mu l$	
				血色素量 g/dL	
				ヘマトクリット %	
				白血球数 / $\mu l$	
				血小板数 $\times 10^4/\mu l$	
				総蛋白量 g/dL	
				アルブミン g/dL	
				総コレステロール mg/dL	
				血液尿素窒素(BUN) mg/dL	
				血清クレアチニン濃度 mg/dL	
				内因性クレアチニンクリアランス ml/分	
				動脈血 pH	
4 その他の所見 (腎臓移植術を行っているときは、その実施日を記入してください。)					

本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。(無関係な欄は、斜線により抹消してください。)

障 害 の 状 態

⑬ 肝 疾 患 (平成 年 月 日現症)

(糖尿病又は腎臓障害を合併する例では、糖尿病(⑭)、腎疾患(⑯)の欄にも必要事項を記入してください。)

1 臨床所見

(1) 自覚症状  
 悪 心 (無・有・著)  
 食欲不振 (無・有・著)  
 かゆみ (無・有・著)  
 全身倦怠 (無・有・著)  
 発 熱 (無・有・著)  
 黒色便 (無・有・著)

(2) 他覚症状  
 黄 疸 (無・有・著)  
 浮 腫 (無・有・著)  
 腹壁静脈拡張 (無・有・著)  
 肝 萎 縮 (無・有・著)  
 脾 腫 大 (無・有・著)  
 腹 水 (無・有・著)  
 肝性脳症 (無・有(度))  
 出血傾向 (無・有・著)

(3) 検査成績

検査項目	検査日	施設	基準値	..	..	..
GOT (AST)						
GPT (ALT)						
γ-GPT						
総ビリルビン mg/dL						
ALP (アサリホファゼ)						
血清総蛋白 g/dL						
血清アルブミン g/dL						
ZTT						
血小板数 万/pl						
プロトロンビン %						
時間 延長 秒						
総コレステロール mg/dL						
血中アンモニア						
コリンエステラーゼ						
AFP						
PIVKA-2						

2 先天性胆道閉鎖症の治療歴

(1) 手術所見 (日時:平成 年 月 日)

(2) 治療経過

3 その他の所見

(1) 肝移植 (無・有、経過 ( ))

(2) その他 ( )

⑭ 糖 尿 病 (平成 年 月 日現症)

(腎合併症を認める例では、腎疾患(⑯)の欄に必要事項を記入してください。)

1 病 型 (いずれかの病型に○を付してください。)

(1) 1型糖尿病

(2) 2型糖尿病

(3) その他の型(病名)

4 治療状況

(1) 食事療法のみ

(2) 経口糖尿病薬による

(3) インスリン療法 ( 単位/日、 回/日)

2 ヘモグロビンA1c及び空腹時血糖値の推移

年 月 日	施設基準値	..	..	..
HbA1c (%)				
空腹時血糖値 (mg/dL)				

5 インスリン療法の自己管理状況

(1) インスリン注射の施行  
自己管理 一部介助 全部介助  
 (介助の必要な理由: )

(2) 血糖値測定  
 就寝中: 毎日測定 時々測定 測定なし  
 日 中: 毎日測定 時々測定 測定なし  
自己管理 一部介助 全部介助  
 (介助の必要な理由: )

(3) インスリン量の管理等  
 (状態に応じた適切な対応(インスリン量の調整又は補食など)ができるかで判断して下さい。)  
自己管理 一部介助 全部介助  
 (介助の必要な理由: )

3 合併症 (合併症がある場合に記載して下さい。)

(1) 眼合併症

(2) 神経障害 (症状・検査所見)

(3) その他

⑮ その他の代謝疾患 (平成 年 月 日現症)

(自覚症状・他覚所見・検査成績等)

⑯ 現症時の日常生活活動能力 (必ず記入してください)

⑰ 予 後 (必ず記入してください)

⑱ 備 考

本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。(無関係な欄は、斜線により抹消してください。)

上記のとおり、診断します。  
 病院又は診療所の名称  
 所 在 地

平成 年 月 日  
 診療担当科名  
 医師氏名

印

注意

- 1 この診断書は、特別児童扶養手当の受給資格を認定するための資料の一つです。  
この診断書は障害者の障害の状態を証明するために使用されますが、記入事項に不明な点がありますと認定が遅くなる場合がありますので、詳しく記入してください。
- 2 ○・×で答えられる欄は、該当するものを○で囲んでください。記入しきれない場合は、別に紙片をはり付けて記入してください。
- 3 ③の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく障害者が障害の原因となった傷病については初めて医師の診断を受けた日を記入してください。前に他の医師が診断している場合は、障害者本人又はその父母等の申立てによつて記入してください。  
また、それが不明な場合には、その旨を記入してください。
- 4 ⑨の欄の「診療回数」は、現症日前1年間における診療回数を記入してください。(なお、入院日数1日は、診療回数1回として計算してください。)
- 5 「障害の状態」の欄は、次のことに留意して記入してください。
  - (1) ①～④及び⑥～⑧の欄は、全て記入してください。⑤の欄については本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要がありません。(無関係な欄は斜線により抹消してください。)なお、該当欄に記入しきれない場合は、別に紙片をはりつけてそれに記入してください。
  - (2) ⑩及び⑪の欄の「1 臨床所見」の検査成績及び⑫の欄の「2 ヘモグロビンA1c及び空腹時血糖値の推移」の検査成績は、過去6ヶ月間における2回以上の検査成績をそれぞれ記入してください。なお、人工透析療法を実施している人の腎機能検査成績は当該療法を実施後の検査成績を記入してください。
  - (3) ⑬の欄の「3 合併症」については、過去3ヶ月間において病状を最もよく表している検査の所見を記入してください。

< 現 行 >  
特 別 児 童 扶 養 手 当 認 定 診 断 書

(腎、肝疾患、糖尿病の障害用)

(ふりがな) 氏 名	-----			昭和 平成	年 月 日生 ( 歳 )	男・女																																																																																														
住 所	住所地の郵便番号 ( ----- )	郡市 区	町区 村																																																																																																	
① 障害の原因 となった 傷病名			② 傷病の発生年月日	昭和 平成	年 月 日	診療録で確認 本人の申立て																																																																																														
			③ ①のため初めて医 師の診断を受けた日	昭和 平成	年 月 日	診療録で確認 本人の申立て																																																																																														
④ 傷病の原因又は 誘因			⑤ 既存 障害			⑥ 既往歴																																																																																														
⑦ 傷病が治った (症状が固定して治療 の効果が期待できない状態を含む) かどうか。			傷病が治っている場合 ----- 治った日 平成 年 月 日 (推定・確認)																																																																																																	
			傷病が治っていない場合 ----- 症状のよくなる見込 有 ・ 無 ・ 不明																																																																																																	
⑧ 診断書作成医療機関に おける初診時所見 初診年月日 (昭和・平成 年 月 日)																																																																																																				
⑨ 現在までの治療の内容、 期間、経過、その他参考と なる事項				診療回数	年間 回、月平均 回																																																																																															
				手 術 歴	手術名 ( ) 手術年月日 ( 年 月 日 )																																																																																															
⑩ 計 測 (平成 年 月 日計測)	身長	cm	脈 拍	血 最 大	mmHg	降圧薬服用																																																																																														
	体重	kg	回/分	圧 最 小	mmHg	無 ・ 有																																																																																														
⑪ 一般状態区分表 (該当するものを選んでどれか一つを○で囲んでください。) (平成 年 月 日)																																																																																																				
I 無症状で社会活動ができ、制限を受けることなく、発病前と同等にふるまえるもの II 軽度の症状があり、強い運動は制限を受けるが、歩行、軽い運動や座業はできるもの III 歩行や身のまわりのことはできるが、時に少し介助のいることもあり、軽い運動はできないが、日中の50%以上は起居しているもの IV 身のまわりのある程度のことではできるが、しばしば介助がいり、日中の50%以上は就床しており、自力では屋外への外出等がほぼ不可能となったもの V 身のまわりのこともできず、常に介助がいり、終日就床を必要としており、活動の範囲がおおむねベット周辺に限られるもの																																																																																																				
障 害 の 状 態																																																																																																				
⑫ 腎 疾 患 (平成 年 月 日現症)				(腎性網膜症又は糖尿病を合併する例では、糖尿病(③)の欄にも、必要事項を記入してください。)																																																																																																
1 臨床所見			(3) 検査成績 (記入上の注意を参照)																																																																																																	
(1) 自覚症状		(2) 他覚所見	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">検査日</th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> <tr> <th colspan="2">検査項目</th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">尿蛋白一日量</td> <td>g/日</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">尿 蛋 白</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">尿沈渣</td> <td>赤血球</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>白血球</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>円 柱</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">赤血球数</td> <td>×10<sup>4</sup>/μl</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">血色素量</td> <td>g/dl</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">ヘマトクリット</td> <td>%</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">白血球数</td> <td>/μl</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">血小板数</td> <td>×10<sup>4</sup>/μl</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">総蛋白量</td> <td>g/dl</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">アルブミン</td> <td>g/dl</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">総コレステロール</td> <td>mg/dl</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">血液尿素窒素(BUN)</td> <td>mg/dl</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">血清クレアチニン濃度</td> <td>mg/dl</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">内因性クレアチニンクリアランス</td> <td>ml/分</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>動脈血 pH</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				検査日					検査項目					尿蛋白一日量		g/日			尿 蛋 白					尿沈渣	赤血球				白血球						円 柱			赤血球数		×10 <sup>4</sup> /μl			血色素量		g/dl			ヘマトクリット		%			白血球数		/μl			血小板数		×10 <sup>4</sup> /μl			総蛋白量		g/dl			アルブミン		g/dl			総コレステロール		mg/dl			血液尿素窒素(BUN)		mg/dl			血清クレアチニン濃度		mg/dl			内因性クレアチニンクリアランス		ml/分					動脈血 pH		
検査日																																																																																																				
検査項目																																																																																																				
尿蛋白一日量		g/日																																																																																																		
尿 蛋 白																																																																																																				
尿沈渣	赤血球																																																																																																			
	白血球																																																																																																			
		円 柱																																																																																																		
赤血球数		×10 <sup>4</sup> /μl																																																																																																		
血色素量		g/dl																																																																																																		
ヘマトクリット		%																																																																																																		
白血球数		/μl																																																																																																		
血小板数		×10 <sup>4</sup> /μl																																																																																																		
総蛋白量		g/dl																																																																																																		
アルブミン		g/dl																																																																																																		
総コレステロール		mg/dl																																																																																																		
血液尿素窒素(BUN)		mg/dl																																																																																																		
血清クレアチニン濃度		mg/dl																																																																																																		
内因性クレアチニンクリアランス		ml/分																																																																																																		
		動脈血 pH																																																																																																		
悪心(無・有・著)		浮腫(無・有・著)																																																																																																		
食欲不振(無・有・著)		腎不全に基づく																																																																																																		
頭痛(無・有・著)		神経症状(無・有)																																																																																																		
意識障害(無・有・著)		消化器症状(無・有)																																																																																																		
		視力障害(無・有)																																																																																																		
2 腎バイオプシー																																																																																																				
無・有(所見 )																																																																																																				
3 人工透析療法																																																																																																				
(1)人工透析療法の実施の有無 無・有(CAPD血液透析)																																																																																																				
(2)人工透析開始日 (平成 年 月 日)																																																																																																				
(3)人工透析実施状況 回数・ 回/週、1回 時間																																																																																																				
(4)人工透析導入後の臨床経過																																																																																																				
(5)長期透析による合併症 無・有(その所見 )																																																																																																				
4, その他の所見 (腎臓移植術を行っているときは、その実施日を記入してください。)																																																																																																				

本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。(無関係な欄は、斜線により抹消してください。)

障 害 の 状 態																																																																																																															
<b>⑬ 肝 疾 患</b> (平成 年 月 日現症)		(糖尿病又は腎臓障害を合併する例では、糖尿病(⑭)、腎疾患(⑯)の欄にも必要事項を記入してください。)																																																																																																													
<b>1 臨床所見</b> (1) 自覚症状 悪 心 (無・有・著) 食欲不振 (無・有・著) かゆみ (無・有・著) 全身倦怠 (無・有・著) 発 熱 (無・有・著) 黒色便 (無・有・著)  (2) 他覚症状 黄 疸 (無・有・著) 浮 腫 (無・有・著) 腹壁静脈拡張 (無・有・著) 肝 萎 縮 (無・有・著) 脾 腫 大 (無・有・著) 腹 水 (無・有・著) 肝性脳症 (無・有(度)) 出血傾向 (無・有・著)	<b>(3) 検査成績</b> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">検査項目</th> <th>検査日</th> <th>施設</th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> <tr> <th>基準値</th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>GOT (AST)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>GPT (ALT)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>γ-GPT</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>総ビリルビン mg/d l</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ALP (アミノホスファターゼ)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血清総蛋白 g/d l</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血清アルブミン g/d l</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ZTT</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血小板数 万/pl</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>プロトロンビン %</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>時間 延長 秒</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>総コレステロール mg/d l</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血中アンモニア</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>コリンエステラーゼ</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>AFP</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PIVKA-2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				検査項目	検査日	施設				基準値					GOT (AST)						GPT (ALT)						γ-GPT						総ビリルビン mg/d l						ALP (アミノホスファターゼ)						血清総蛋白 g/d l						血清アルブミン g/d l						ZTT						血小板数 万/pl						プロトロンビン %						時間 延長 秒						総コレステロール mg/d l						血中アンモニア						コリンエステラーゼ						AFP						PIVKA-2					
検査項目	検査日	施設																																																																																																													
	基準値																																																																																																														
GOT (AST)																																																																																																															
GPT (ALT)																																																																																																															
γ-GPT																																																																																																															
総ビリルビン mg/d l																																																																																																															
ALP (アミノホスファターゼ)																																																																																																															
血清総蛋白 g/d l																																																																																																															
血清アルブミン g/d l																																																																																																															
ZTT																																																																																																															
血小板数 万/pl																																																																																																															
プロトロンビン %																																																																																																															
時間 延長 秒																																																																																																															
総コレステロール mg/d l																																																																																																															
血中アンモニア																																																																																																															
コリンエステラーゼ																																																																																																															
AFP																																																																																																															
PIVKA-2																																																																																																															
<b>2 先天性胆道閉鎖症の治療歴</b> (1) 手術所見 (日時:平成 年 月 日)  (2) 治療経過	<b>3 その他の所見</b> (1) 肝移植 (無・有、経過 ( ))  (2) その他 ( )																																																																																																														
<b>⑭ 糖 尿 病</b> (平成 年 月 日現症)		(腎合併症を認める例では、腎疾患(⑯)の欄に必要事項を記入してください。)																																																																																																													
<b>1 病 型</b> (いずれかの病型に○を付してください。) (1) インスリン依存型糖尿病 (2) その他の型(病名 )	<b>3 治療状況</b> インスリン ( ・単位/日 回/日)																																																																																																														
<b>2 ヘモグロビンA1c及び空腹時血糖値の推移</b> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>年 月 日</th> <th>施設基準値</th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HbA1c (%)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>空腹時血糖値 (mg/d l)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	年 月 日	施設基準値				HbA1c (%)					空腹時血糖値 (mg/d l)					<b>4 合併症</b> (合併症がある場合に記載して下さい。) (1) 眼 合 併 症  (2) 神経障害 (症状・検査所見)																																																																																															
年 月 日	施設基準値																																																																																																														
HbA1c (%)																																																																																																															
空腹時血糖値 (mg/d l)																																																																																																															
<b>5 その他の所見</b>																																																																																																															
<b>⑮ その他の代謝疾患</b> (平成 年 月 日 現症)																																																																																																															
(自覚症状・他覚所見・検査成績等)																																																																																																															
<b>⑯ 現症時の日常生活活動能力</b>																																																																																																															
<b>⑰ 予 後</b>																																																																																																															
<b>⑱ 備 考</b>																																																																																																															

本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。(無関係な欄は、斜線により抹消してください。)

上記のとおり、診断します。

平成 年 月 日

病院又は診療所の名称

診療担当科名

所 在 地

医 師 氏 名

印

注意

- 1 この診断書は、特別児童扶養手当の受給資格を認定するための資料の一つです。  
この診断書は障害者の障害の状態を証明するために使用されますが、記入事項に不明な点があると認定が遅くなることがありますので、詳しく記入してください。
- 2 ○・×で答えられる欄は、該当するものを○で囲んでください。記入しきれない場合は、別に紙片をはり付けて記入してください。
- 3 ③の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく障害者が障害の原因となった傷病については初めて医師の診断を受けた日を記入してください。前に他の医師が診断している場合は、障害者本人又はその父母等の申立てによつて記入してください。  
また、それが不明な場合には、その旨を記入してください。
- 4 ⑨の欄の「診療回数」は、現症日前1年間における診療回数を記入してください。(なお、入院日数1日は、診療回数1回として計算してください。)
- 5 「障害の状態」の欄は、次のことに留意して記入してください。
  - (1) ①～④及び⑥～⑧の欄は、全て記入してください。⑫の欄については本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要がありません。(無関係な欄は斜線により抹消してください。)なお、該当欄に記入しきれない場合は、別に紙片をはりつけてそれに記入してください。
  - (2) ⑫及び⑬の欄の「1 臨床所見」の検査成績及び⑭の欄の「2 ヘモグロビンA1c及び空腹時血糖値の推移」の検査成績は、過去6ヶ月間における2回以上の検査成績をそれぞれ記入してください。なお、人工透析療法を実施している人の腎機能検査成績は当該療法を実施後の検査成績を記入してください。
  - (3) ⑭の欄の「4 合併症」については、過去3ヶ月間において病状を最もよく表している検査の所見を記入してください。